

Уважаемые коллеги!

В зависимости от того, какой вид ВМП показан пациенту, документы направляются:

- **в медицинскую организацию**, оказывающую ВМП (в ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул) – в случае оказания ВМП, включенной в базовую программу ОМС;

- **в территориальный орган управления здравоохранением** – в случае оказания ВМП, не включенной в базовую программу ОМС.

При направлении документов в ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул) просим вас размещать документы в пакете в указанном порядке:

1. Рентгенограммы необходимого сегмента опорно-двигательного аппарата или результаты других методов лучевой диагностики (МСКТ, МРТ), подтверждающие диагноз, или врачебное заключение специалиста поликлиники ФГБУ ФЦТОЭ Минздрава России (г. Барнаул) без прикрепления рентгенограмм и других методов обследования опорно-двигательного аппарата.

2. Направление на госпитализацию (бланк направления – Приложение 1, образец заполнения – Приложение 2).

3. Заявление о согласии пациента или его законного представителя на обработку персональных данных (бланк согласия ВМП – Приложение 3, бланк согласия ВМП в ОМС – Приложение 4).

4. Выписка из медицинской документации (бланк выписки – Приложение 5).

Выписка должна отражать основной и сопутствующие диагнозы пациента. Рекомендуем указывать заключением терапевта об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению и результаты скрининговых лабораторных и инструментальных исследований (общие анализы крови и мочи, ЭКГ).

При наличии у пациента сопутствующей патологии в выписке необходимо отразить заключения узких специалистов об отсутствии противопоказаний к плановому оперативному лечению и рекомендации по периоперационному ведению.

5. Копии документов пациента.

Для взрослого и ребенка 15 лет и старше:

- документ, удостоверяющий личность (паспорт);
- полис обязательного медицинского страхования с названием страховой медицинской организации;
- СНИЛС.

Для ребенка до 14 лет (включительно) или старшего возраста, если его интересы продолжает представлять родитель или иной законный представитель:

- свидетельство о рождении (независимо от наличия паспорта);
- документ, удостоверяющий личность законного представителя (паспорт) или документ, удостоверяющий право представлять интересы ребенка (кроме родителя);
- полис обязательного медицинского страхования с названием страховой медицинской организации;
- СНИЛС;
- при разных фамилиях родителя в свидетельстве о рождении и паспорте – документ о смене фамилии.

Не вкладывайте в пакет лишние документы (бланки результатов обследований, отдельные документы заключений специалистов и т.д.), т.к. это замедляет сроки рассмотрения документов врачебной комиссией!

Бланк медицинской организации
(штамп)

НАПРАВЛЕНИЕ

на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

от « _____ » _____ 202__ г.

Ф.И.О. пациента	
Дата рождения	
Адрес регистрации по месту жительства, индекс	
Номер полиса ОМС, название страховой медицинской организации	
СНИЛС	
Контактный телефон пациента	

Код диагноза по МКБ-10	
Профиль ВМП («Травматология-ортопедия» или «Нейрохирургия»)	
Вид ВМП (в соответствии с Постановлением Правительства РФ «О Программе гос. гарантий бесплатного оказания гражданам мед. помощи на текущий год»)	
Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент	ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)

Лечащий врач: _____
(должность, ФИО) _____ (подпись, личная печать)

Контактный телефон: _____

Электронная почта: _____

Руководитель медицинской организации (уполномоченное лицо):

_____ (должность, ФИО) _____ (подпись)

Место печати
медицинской организации

ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи
от «24» апреля 2021 г.**

Ф.И.О. пациента	Иванов Иван Иванович
Дата рождения	01.01.1951
Адрес регистрации по месту жительства, индекс	Алтайский край, г. Барнаул, ул. Малахова, 120-50, 656056
Номер полиса ОМС, название страховой медицинской организации	2276350878000338, Ресо-Мед
СНИЛС	123-456-789-01
Контактный телефон пациента	8-903-967-78-34

Код диагноза по МКБ-10	M16.1, Другой первичный коксартроз
Профиль ВМП («Травматология-ортопедия» или «Нейрохирургия»)	Травматология-ортопедия
Наименование вида ВМП (в соответствии с постановлением Правительства РФ «О Программе гос. гарантий бесплатного оказания гражданам мед. помощи на текущий год»)	Эндопротезирование суставов конечностей
Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент	ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)

Лечащий врач: травматолог-ортопед Кузнецов Сергей Иванович _____
(должность, ФИО) (подпись, личная печать)

Контактный телефон: 8-906-976-67-88

Электронная почта: Kusnezovsi77@mail.ru

Руководитель медицинской организации (или уполномоченное лицо):

зам. главного врача по медицинской части Сергеев М.А. _____
(должность, ФИО) (подпись)

В _____

(наименование органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения)

и ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России
(г. Барнаул)

Приложение
к Порядку заполнения формы
статистического учета № 025/у-ВМП
"Талон на оказание
высокотехнологичной
медицинской помощи",
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения РФ
от 30 января 2015 г. № 29н

Заявление о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, _____

даю (не даю) **согласие** _____,
(наименование органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения)

ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)
(наименование медицинской организации)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения _____ 2. Пол _____

3. Документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина РФ, серия _____

номер _____ выдан _____

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) _____

5. Адрес фактического проживания _____

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования* _____

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

8. Сведения о законном представителе

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя _____
(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

(наименование, серия и номер, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

Примечание. Пункты 8-11 настоящего заявления заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в настоящем заявлении, согласен (согласна) (нужное подчеркнуть)

Подпись пациента _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
зарегистрированы _____
(Номер талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста) (дата приема заявления) (подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

(Номер талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста) (дата приема заявления) (подпись специалиста)

*Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

В ФГБУ «ФЦТОЭ»
Минздрава России
(г. Барнаул)

Приложение
 к Порядку заполнения формы
 статистического учета N 025/у-ВМП
 "Талон на оказание
 высокотехнологичной
 медицинской помощи",
 утвержденному приказом
 Министерства здравоохранения РФ
 от 30 января 2015 г. N 29н

**Заявление
 о согласии (несогласии) на обработку персональных данных**

Я, _____

даю (не даю) согласие **ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)**
 (наименование медицинской организации)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью
 организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения _____ 2. Пол _____

Документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина РФ, серия _____

номер _____ выдан _____

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) _____

5. Адрес фактического проживания _____

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование
 страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного
 медицинского страхования* _____

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

8. Сведения о законном представителе

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя _____
 (число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____

(наименование, серия и номер, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____

(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

Примечание. Пункты 8-11 настоящего заявления заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в настоящем заявлении, согласен (согласна) (нужное подчеркнуть)

Подпись пациента _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
зарегистрированы _____
(Номер талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

(Номер талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

*Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

ВЫПИСКА
из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного
(подчеркнуть)

Фамилия																				
Имя																				
Отчество																				

Дата рождения

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 чч/мм/гг
 Пол

Полис ОМС

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 серия:
 Полис ОМС

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 номер:

Пенсионное страховое свидетельство №

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Адрес (насел. пункт, район, улица, дом, кв.) _____

Место работы, должность _____

Пенсионер: Да/ Нет № удост. _____ Инвалидность _____ гр. № удост. _____

Студент _____ № удост. _____ Учащийся: школа/ПТУ № _____

Полный диагноз (основное заболевание Код МКБ-10, сопутствующее осложнение)

Заключение терапевта (сопутствующий диагноз, базисная терапия с указанием дозы и кратности приема) _____

Заключение узких специалистов (при наличии сопутствующей патологии) об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению (диагноз, базисная терапия с указанием дозы и кратности приема)

ЭКГ от

20 г.

Проведенные диагностические исследования:

ОАК от 20 г.

Гемоглобин _____ Лейкоциты _____ Эритроциты _____ Тромбоциты _____ СОЭ _____

Формула _____ Длительность кровотечения _____ Время свертывания _____

ОАМ от 20 г.

Биохимическое исследование крови от 20 г.

Общий белок _____ Мочевина _____ Креатинин _____

Билирубин _____ АлТ _____ АсТ _____ Глюкоза _____

Коагулограмма: Протромбиновый индекс _____ Фибриноген _____ АПТВ _____ МНО _____

(если принимает антикоагулянты)

Другие исследования:

ЭХОКГ (при наличии мерцательной аритмии и других нарушений сердечного ритма):

от 20 г.

Ультразвуковое дуплексное исследование брахиоцефальных артерий (при наличии ОНМК в анамнезе):

от 20 г.

М.П.

Лечащий врач _____

подпись